

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

No
569

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Philippe LEBLOND

Né le 18 mars 1937 à Chartres (Eure et Loir)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS D'UN CAS

D'OSTEOMATOSE MICRO-PAPULEUSE

DISPERSEE DU TRONC ET DES MEMBRES

Président :

M. DEGOS

Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Philippe LEBLOND

Né le 18 mars 1937 à Chartres (Eure et Loir)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

A PROPOS D'UN CAS

D'OSTEOMATOSE MICRO - PAPULEUSE

DISPERSEE DU TRONC ET DES MEMBRES

Président :

M. DEGOS

Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°



1-1-1964

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Gaston CORDIER

1^{er} ASSESSEUR { Daniel BARGETON
2^e ASSESSEUR { Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DÉPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales.	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin LEGER (L.)
	Cochin ABOLKER (P.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Pitié CORDIER (G.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière SICARD (A.)
	Tenon OLIVIER (Gl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut MILLIEZ (P.)
	Broussais LENÈGRE (J.)
	Cochin JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SÈZE (S. de)
	Pitié DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes) MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-ptisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Sémiologie médicale	DOMART (A.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{ BOUR (H.)
	{ LHERMITTE (F.)
	{ PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

MM.

Anatomie	GABROL (C.)
	COUINAUD (C.)
	GILLOT (C.)
	OLIVIER (G.)
	pr. s. ch.
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.)
	pr. s. ch.
	ABELANET (R.)
	CHOMETTE (G.)
	GOUYGOU (Ch.), m. conf.
	NEZELOFF (Ch.)
Anesthésiologie	ORCEL (L.)
	PAILLAS (J.)
	KERN (E.)
Bactériologie	VOURC'H (G.)
	BARBIER (P.)
	pr. s. ch.
	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	LE MINOR (L.)
	TOURNIER (P.)
	BAULIEU Et. m. conf.
	BOURILLON (R.)
	CARTIER (P.)
	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	GONNARD (P.)
	KRUH (J.)
	JEROME (H.)
Carcinologie	PLAS (F.)
	BOIRON (M.)
	DENOIX (P.)
	MATHE (G.)
Dermato-Syphiligraphie	SELIGMANN (M.)
	CIVATTE (J.)
	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
	BESSIS (M.)
	BILSKI-PASQUIER (G.)
Hématologie	DAUSSET (J.)
	DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch.
	MAROIS (M.)
	RAGADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.)
	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch.
	BLANCHER (G.)
	CORRE-HURST (M ^{me} L.)
	SAPIN-JALOUSTRE (H.)
	BASTIN (R.) Pr. s. ch.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
	FOURNIER (E.)
	GUENIOT (M.)
Médecine légale	HADENGUE (A.)
	ALBAHARY (C.)
Médecine du travail	PERTUISET (B.)
Neuro-chirurgie	LAPRESLE (J.)
Neurologie	GRANJON (A.)
	HERVET (E.)
	LE LORIER (G.)
Obstétrique	LEVY (J.)
	MORIN (P.)
	MUSSET (R.)
	ROBEY (M.)
	SENEZE (J.)
	SUREAU (C.)
Ophtalmologie	THOYER-ROZAT (J.)
	BRÉGEAT (P.)
	DUBOIS (A.)
	SARAUX (H.)

MM.

Orthopédie	JUDET (R.)
	MEARY (R.)
	POSTEL (M.)
	RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
	PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.)
	LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.)
	BINET (J.-P.)
	CERBONNET (G.)
	CHATELIN (C.-L.)
	DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GARBAY (M.)
	GARNIER (H.)
	(Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES
	GERMAIN (A.)
	LATASTE (J.)
	LOYGUE (J.)
Pathologie exotique	MERCADIER (M.)
	NATALI (J.)
	PELLERIN (D.)
	PERROTIN (J.)
	ROBERT (H.)
Pathologie expérimentale	THOMERET (G.)
	SCHNEIDER (J.)
	BENHAMOU (J.-P.)
	BERTHAUX (P.)
	BOIVIN (P.)
Pathologie médicale	CROSNIER (J.)
	HARTMANN (L.)
	LœPER (J.) Pr. s. ch.
	MAURICE (J.)
	MIKOL (Cl.)
Pédiatrie-Puériculture	RICHEL (G.)
	AUSSANNAIRE (M.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRICAIRE (H.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
	CATINAT (J.)
	CHRÉTIEN (J.)
	COBLENTZ (B.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
	ÉTIENNE (J.-P.)
	FREZAL (J.)
	FRITEL (D.)
	HENNEQUET (A.)
	HIMBERT (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAROCHE (Cl.)
	LESOBRE (R.)
	LEVEQUE (B.)
	MACREZ (C.)
	MOREAU (L.)
	NICK (J.)
	ROYER (P.)
	TOURNEUR (R.)
	WOLFFFROMM (R.)
	LAFOURCADE (J.)
	LEPERCQ (G.)
	MANDE (R.)
	NOZZICONACCI (P.)
	POLONOVSKI (C.)
	ROSSIER (A.)
	VIALATTE (J.)

	MM.		MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
		Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale . . .	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque		
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateurs	Miles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	
Bibliothécaire	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes parents,

en témoignage de ma profonde affection.

A mes soeurs,

A mon Oncle, le Docteur VAN STEENACKER,

Meis et Amicis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Professeur Robert DEGOS,

Professeur de Clinique des maladies cutanées
et syphilitique à la Faculté de Médecine de
Paris.

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Avec l'expression de notre
reconnaissance pour le grand
honneur qu'il nous a fait en accep-
tant la présidence de cette Thèse.

A notre Maître le Docteur Jean HEWITT

Maître de Conférences,
Agrégré de Dermato-vénéréologie
Médecin de l'Hôpital Broca.

Qui nous a inspiré le sujet de cette
Thèse.

En remerciement de l'enseignement
et de l'aide qu'il nous a donnés et en
témoignage de notre profond attache-
ment et de la très grande estime que
nous lui portons.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux :

Monsieur le Docteur J. FOUQUET

Monsieur le Docteur N. PERON

Monsieur le Docteur M. BOLGERT

Monsieur le Docteur M. LE SOURD

Monsieur le Docteur J. TABERNAT

Monsieur le Docteur J. HEWITT

Monsieur le Docteur P. DESVIGNES

Monsieur le Docteur J. J. MEYER DE SCHMID

Monsieur le Docteur KAUFMANN

Monsieur le Docteur P. DE GRACIANSKY

Monsieur le Docteur Ch. GRUPPER

Qu'ils veuillent bien trouver ici
l'expression de notre profonde
gratitude.

INTRODUCTION

Dans des circonstances variées mais rares, le tissu conjonctif dermique peut être le siège d'ostéomes. Les ostéomes cutanés sont formés de tissu osseux typique et réalisent donc des tumeurs bénignes qui n'infiltrant pas les tissus avoisinants et n'envoient pas de métastases.

Selon l'excellente classification publiée récemment par B. DUPERRAT, les ostéomes cutanés sont tantôt uniques, et ils peuvent alors être secondaires à des lésions cutanées préexistantes, ou primitifs, dysembryoplasiques ; tantôt multiples : ce sont les ostéomatoses cutanées.

L'ostéomatose cutanée peut se présenter, selon B. DUPERRAT, suivant deux aspects : ostéomatose miliaire de la face et ostéomatose dispersée du tronc : éventualité fort rare.

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service du Docteur HEWITT à l'Hôpital Broca un cas d'ostéomatose micro-papuleuse dispersée sur le tronc et les membres, nous avons fait de ce type d'ostéome l'objet de ce travail qui comporte :

- un historique des ostéomes en général,
- l'observation,
- une courte discussion de diagnostic différentiel,
- un essai de discussion pathogénique,
- une conclusion.

HISTORIQUE

Toutes les formations de consistance dure ou ligneuse, incluses dans les téguments ont été confondues jusqu'au XIX^e siècle, sans préjuger de leur origine, ni de leur caractère clinique sous le nom de "pierre", de "skin-stones", ainsi que les appelaient BOERHAVE et, dès 1863, F. SLARE, de la Société royale de Médecine de Londres, à qui WILKENS attribue les premières allusions à ces tumeurs pierreuses de la peau.

En réalité, étaient confondus sous ce nom les ostéomes vrais de la peau et toutes les calcifications d'apparence primitive ou secondaires à une lésion préexistante (tumeur calcifiée).

On a pu signaler (OTTO) la présence au musée de la Faculté de Paris d'un fragment osseux de 2,5 cm. de diamètre qui serait dû à l'ossification des téguments chez une jeune fille de 18 ans ; mais cette affirmation apparaît bien discutable.

En réalité, la première observation semble être celle de MEYER qui, en 1852, signale la présence de SIX petites formations osseuses sur la jambe d'une vieille femme syphilitique.

VIRCHOW puis CORNIL et RANVIER avaient rencontré des fragments osseux sur les téguments du visage.

SALZER, en 1886, signale un cas de formations osseuses disséminées sur le cuir chevelu.

En 1894, COLEMAN cite l'observation d'une fillette de 6 ans qui présentait dans une large plaque de fibrose occupant la plante du pied un corpuscule osseux enchassé dans le derme.

Par la suite, SCHAFFER, en 1907, sur le cuir chevelu, TAYLOR et MAC KENNA découvrent de multiples plaques osseuses dans le derme et le tissu cellulaire sous-cutané chez une fillette de 15 ans.

ROKITANSKY, ASKANASY ont signalé la présence d'os dans des cicatrices. STRASBERG avait retiré d'une cicatrice de laparotomie 2 à 3 mois après l'intervention, une formation osseuse qui occupait toute la longueur ; le mécanisme pathogénique aurait été : hématome - calcification secondaire puis ossification. Il faudrait y ajouter entre autres le cas de HARRIS (cité par PUSSEY).

NANTA, en 1911, crée le terme d'ostéo-naevus : chez une jeune fille de 16 ans un naevus mélanique est retiré parce qu'il a augmenté de volume. A l'examen histologique, il trouve un ostéome dermique avec canal médullaire.

En 1918, POLLITZER rapporte un cas d'ossification sur une plaque ulcérée de sclérodermie. L'examen anatomo-pathologique aurait rencontré un tissu calcifié avec ossification irrégulière mais sans structure lamelleuse.

TRIMBLE, en 1920, découvre une formation osseuse dans un lupus érythémateux.

En 1924, BECKER, à propos d'une observation personnelle, fait une revue générale de la question et rassemble les cas d'ostéomes cutanés antérieurement publiés. Sa malade, âgée de 32 ans, présentait un naevus kératosique plantaire droit, un naevus pigmentaire

de l'annulaire droit et une plaque d'alopecie cicatricielle, ferme, d'aspect calcaire avec des lamelles concentriques et des canaux de Havers.

HOPKINS, en 1928, n'avait pu signaler que 5 cas indiscutables, dont celui de VIRCHOW, d'ostéomes cutanés secondaires. Son observation concernant de petites formations osseuses (une douzaine) secondaires à des lésions d'acné furonculaire du visage.

En 1948, LEIDER dresse une nouvelle statistique, dans une observation analogue à celle de HOPKINS; il montre la présence d'une cinquantaine de petites formations osseuses sur une acné du visage. Il ajoute 7 cas nouveaux disséminés dans la littérature dont ceux de COSTELLO, LILGA et BURNS, (ossification dans une cicatrice), de DIETRICH (dysembryome sur un doigt).

METZGER, en 1950, et HARMEL-TOURNEUR, en 1957; décrivent l'association de formations osseuses et de lésions naeviques.

En 1958, B. DUPERRAT, à propos d'une observation personnelle, groupe les cas d'ostéo-naevus antérieurement rapportés et constate que la topographie est unique au niveau du visage (joue, commissure buccale) qu'il s'agit de naevi de consistance molle dans la moitié des cas, et que tous les naevi sont pilaires.

En 1954, BARAN rapporte un cas d'ostéo-naevus particulier par son siège au bras, son aspect bleuté et cliniquement glabre malgré la présence de poils à l'histologie.

La même année, B. DUPERRAT et Mme STEPHAN décrivent un cas d'ostéomatose du nourrisson caractérisé par la naissance de certains ostéomes dans la gaine du follicule pileux et un aspect d'incarcération des glandes sudorales eccrines dans une coquille osseuse.

En 1961, LAUGIER et LENYS décrivent un cas d'ostéome d'apparition spontanée tardive chez une femme de 74 ans.

En 1964, ROSSMAN et FREEMAN de HOUSTON, à propos d'un cas d'ostéomes consécutifs à des meulages pour une acné vermoulante, étudient les processus de calcification.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de cas d'ostéomatose dispersée du tronc.

SHERT, en 1910, avait tenté une classification complexe des ossifications de la peau, elle comprenait :

- ossification des kystes dermoïdes,
- kystes rétentionnels dont le contenu s'est calcifié puis ossifié (petites formations souvent multiples et siégeant en certaines régions comme le scrotum).

- ossification vraie des tumeurs de la peau :

- . lipomes,
- . kystes sébacés,
- . carcinomes,
- . lymphangiomes.

- formation d'os dans certains processus inflammatoires chroniques, dans certaines dermatoses, dans la syphilis.

- ostéomes uniques ou multiples disséminés dans le tissu sous-cutané, en particulier aux jambes chez les personnes âgées avec parfois atteinte simultanée des téguments.

L'année suivante, NANTA tente une autre classification des formations osseuses de la peau en :

1. - formations osseuses associées à des tissus épithéliaux et conjonctifs néoformés. Tumeurs mixtes de la peau qui ne sont pas des ostéomes au sens vrai du mot.

2.- ostéomes d'origine congénitale apparaissant dans l'enfance et l'adolescence, différents des précédents par leur structure histologique, et uniquement composés de tissu osseux.

3.- ostéomes des gens âgés, contemporains de l'athérome des artères.

4.- ostéomes apparaissant dans un naevus congénital.

En 1961, B. DUPERRAT groupe 24 observations, étudie les facteurs d'ossification spontanée et établit une nouvelle classification en :

I - Ostéomes secondaires

- Ostéomes secondaires à un traumatisme :

- . ostéome de cicatrice opératoire,
- . ostéome de cicatrice accidentelle,
- . ostéome de piquûre médicamenteuse,
- . ostéome d'hématome et d'abcès,
- . ostéome par lésion nerveuse.

- Ostéomes secondaires à une lésion cutanée.

- . histiocytome ossifié,
- . épithélioma ossifié,
- . sclérodermie ossifié,
- . lupus érythémateux chronique ossifié
(TRIMBLE)
- . scléro-atrophie syphilitique ossifiée
(CARNEY)
- . acné ancienne ossifiée (HOPKINS - LEIDER)

II - Ostéomes dysembryoplasiques

- forme ossifiée de l'épithélioma momifié de MALHERBE et forme ossifiée des tumeurs mixtes cutanées,
- ostéo-naevus type NANTA,
- ostéo-naevus épidermoïde,
- ostéo-angiome,
- ostéome congénital "pur" type COLEMAN

III - Ostéomes d'apparition tardive

IV - Ostéomatoses

- ostéomatoses du nouveau-né et du nourrisson,
(VERO-TIJDENS et RUITER)
- ostéomatose de l'adulte :
 - . ostéomatose miliaire de la face (ARTZ-RIORDAN-STENHOUSE),
 - . ostéomatose dispersée du tronc.

OBSERVATION

Mademoiselle V... Germaine, 60 ans, consulte dans le service du Dr HEWITT à l'Hôpital Broca, le 21 mai 1963, pour des lésions papuleuses en plaques d'environ 3 cm de diamètre, siégeant dans la région pré-sternale et évoluant depuis 10 ans.

L'examen révèle que la plaque principale pré-sternale est formée de petites papules miliaires, légèrement acuminées, rosées avec un infiltrat jaunâtre à la vitro-pression. Ces papules sont douloureuses à la palpation et, fait important, très dures.

Il existe des éléments analogues disséminés sur les avant-bras et principalement à droite.

Par ailleurs, on retrouve à la face interne du genou gauche des éléments d'allure un peu angiomateuse et sur la face interne du genou droit des éléments plus gros, plus profonds, de couleur rose-violacée.

D'autre part, on note :

- une érythrocyanose modérée des chevilles avec oedème pré-tibial discret et quelques taches rubis.
- un naevus cellulaire du sein droit.
- une verrue séborrhéique de l'abdomen et du cou.

On ne retrouve pas d'antécédents cutanés notables.

L'examen général ne révèle rien, mise à part une bradydactylie.

Examens complémentaires :

- formule sanguine :

- . globules rouges : 3.760.000 par mm³ hémoglobine 90 %,
- . globules blancs : 4.200 par mm³
 - polynucléaires neutrophiles : 57,
 - polynucléaires éosinophiles : 1,
 - lymphocytes : 18,
 - grands lymphocytes : 19,
 - monocytes : 5.

- électrophorèse :

- . protides : 82 gr. par litre,
- . albumine : 57 gr. par litre,
- . globuline : 24 gr. par litre,
- . rapport $\frac{\text{serine}}{\text{globuline}}$: 2,3.

- calcémie :

- . 90 mg. par litre, soit 4,5 mEq. par litre.

Les examens biologiques complets prévus pour cette malade et portant particulièrement sur les électrolytes, en vue d'un traitement par les chelateurs n'ont pas été pratiqués, la malade ayant refusé les examens complémentaires et le traitement.

HISTOLOGIE

Une biopsie d'une lésion papuleuse pré-sternale a été pratiquée affirmant le diagnostic.

Le derme profond contient deux ostéomes complets à disposition circulaire, voisins l'un de l'autre et séparés seulement par quelques faisceaux collagènes dermiques.

Chacun d'eux est formé par une lamelle osseuse circulaire où l'on reconnaît des ostéoblastes dans une matrice ostéoïde, sur laquelle se déposent quelques couches concentriques de sel calcaire prédominant à la périphérie.

Au centre de la lamelle, la plus épaisse du petit ostéome existent deux canaux de Havers. Le bord externe de ces lamelles présente une activité ostéoblastique modérée et une condensation conjonctive fine qui ébauche un périoste. Le centre des deux ostéomes est occupé par une cavité formée de cellules adipeuses, de vaisseaux sanguins et, par endroits, d'une petite lamelle osseuse.

Sur la portion examinée, cette médullaire ne contient pas de foyer hématopoïétique certain. Cependant, un petit groupe cellulaire contient peut-être des érythroblastes.

Les deux ostéomes sont séparés du derme profond par une

fente artificielle résultant de la fixation et de la section. Le derme qui entoure ces ostéomes est formé de faisceaux collagènes minces sans sclérose, mais on y voit des faisceaux d'apparence élastique : il paraît s'agir d'un phénomène d'élastose particulièrement profonde.

D'autre part, tout près des ostéomes se trouvent deux follicules pilo-sébacés partiellement dystrophiques et caractérisés avant tout par l'épaisseur considérable des fibres collagènes concentriques qui forment un énorme sac folliculaire scléreux. Ce phénomène de sclérose péri-folliculaire annulaire dense et atrophiante est également manifeste autour de tous les autres follicules. Il s'observe également, plus en surface, autour des infundibulums folliculaires.

Outre l'élastose profonde et la sclérose annulaire périfolliculaire, le derme superficiel est le siège d'une sclérose modérée mais diffuse, parcourue par des capillaires hyperplasiques, dont la lumière est dilatée. Ces capillaires ne sont pas entourés d'infiltrat inflammatoire.

Le P.A.S. ne montre aucun dépôt anormal de glycoprotéines, ni dans les ostéomes, ni dans le conjonctif fibreux qui les entoure.

DISCUSSION

Le diagnostic clinique d'ostéome est difficile à porter et c'est souvent en fait l'histologie qui apporte une certitude.

Chez cette malade, le diagnostic de miliun ne s'est pas posé contrairement à l'ostéomatose du nourrisson.

Tout au plus pourrait-on discuter :

- des syphilides miliaires,
- un lichen scrofulosorum,
- un lichen plan folliculaire,
 en raison du siège, de la teinte et de la consistance,
 mais dans ces cas, il n'y a ni infiltrat jaunâtre à la
 vitro-pression, ni douleur à la palpation.
- une maladie de SCHAUMANN dans la variété de sarcoïdes
 à petits nodules,
 mais dans ce cas la couleur est rouge-violacée, la
 lésion est de consistance molle et indolente.
- un naevus élasticus,
 du fait de la localisation, de la couleur et de la taille
 des éléments, mais la vitro-pression ne fait pas ap-
 paraître d'infiltrat jaunâtre, la palpation est indolore.
- un leymyome,

- un leiomyome

mais il s'agit de nodules plus volumineux mal limités,
non indurés, douloureux au froid.

Deux signes cliniques gardent donc toute leur valeur : la dureté des lésions et la douleur à la palpation ; et la lésion risque plus de rester non identifiée que d'être confondue et c'est le plus souvent la biopsie qui révèle l'ostéome.

Après avoir identifié comme ostéome cette lésion micro-papuleuse rosée avec infiltrat jaunâtre à la vitro-pression, dure et douloureuse à la palpation, il reste à préciser de quel type d'ostéome il s'agit.

- l'âge auquel est survenue cette lésion (50 ans) permet d'exclure une origine congénitale.

- l'absence de lésion préalable d'acné, de naevus, la présence d'éléments sur le tronc et les membres font rejeter l'hypothèse d'ostéomes secondaires.

En fait, l'ostéome résume la lésion et on se trouve en présence d'ostéomes multiples, donc d'une ostéomatose de l'adulte.

L'absence de lésions du visage et la présence d'éléments sur la région sternale et les membres permettent de la différencier de l'ostéomatose du visage (cas de ARTZ - RIORDAN et STENHOUSE), et peuvent la faire entrer dans le cadre des ostéomatoses dispersées du tronc.

Il s'agit donc d'une ostéomatose micro-papuleuse dispersée du tronc et des membres.

PATHOGENIE

L'étude pathogénique a été délicate à faire en raison du manque d'éléments. En effet, la malade, malgré nos conseils et nos encouragements, n'a jamais voulu revenir de sa province, et le bilan biologique souhaité n'a pas pu être effectué, en particulier : bilan calcique et protidique, exploration de la fonction parathyroïdienne.

Les hypothèses ne peuvent donc être basées que sur l'histologie.

Comme on l'a vu, l'examen histologique montre que les ostéomes siègent dans un derme anormal. Cette anomalie est surtout fibreuse, mais diffère de la sclérose de la sclérodermie, car la sclérose du derme ne siège qu'en deux endroits :

- dans le derme superficiel où elle est modérée, sans aucun caractère homogène, évoquant le lichen scléro-atrophique sans le caractère homogène ni l'infiltration inflammatoire que l'on observerait dans le scléro-lichen.

- autour des follicules pilo-sébacés et ceci sur toute leur longueur, sur l'infundibulum et la partie profonde, sous forme de sclérose annulaire que l'on n'observe pas dans la sclérodermie où les annexes sont détruites par atrophie. Cette sclérose n'est pas péri-sudorale. Dans l'ensemble, au contraire, le derme moyen et profond

n'est pas scléreux mais il est le siège d'une élastose senile intense et particulièrement profonde.

Il paraît donc s'agir d'une métaplasie osseuse d'un derme senile et frappé de sclérose annulaire péri-folliculaire. Sur deux biopsies successives, il a été impossible de constater des images de passage entre l'altération scléro-dégénérative des follicules et l'apparition des ostéomes qui siègent au niveau de la partie profonde des follicules.

Ainsi, la filiation entre l'altération cutanée très spéciale et les ostéomes n'est pas établie, mais il est assez probable qu'il existe un lien entre la sclérose annulaire péri-folliculaire profonde et les ostéomes qui siègent au niveau de l'extrémité profonde des follicules.

Quant à la nature de la sclérose annulaire, il faut discuter l'hypothèse d'une variété exceptionnelle de sclérodermie. Mais en fait, la topographie et la structure de la sclérose ne sont pas celles de la sclérodermie.

Peut-être ne s'agit-il que d'une involution sénile spéciale par sa sclérose dans laquelle à côté de l'élastose particulièrement prononcée, le conjonctif lâche sur lequel repose la peau (derme superficiel) et qui entoure le follicule (sac folliculaire) serait frappé d'une sclérose élective dont nous ignorons la cause. C'est peut-être cette sclérose annulaire qui s'ossifie dans la partie profonde du derme.

Il paraît donc s'agir d'un ostéome par métaplasie dans une peau sénile présentant des altérations particulières.

CONCLUSION

L'observation d'ostéomatose micro-papuleuse dispersée sur le tronc et sur les membres qui fait l'objet de ce travail est exceptionnelle : nous n'en avons pas retrouvé d'équivalent dans la littérature.

Caractères cliniques :

- apparition tardive chez une femme à la cinquantaine,
- topographie dispersée des lésions sur la région sternale et les membres,
- groupement des ostéomes en agglomérats de plusieurs centimètres carrés,
- lésion élémentaire : micro-papule rosée à peine visible mais douloureuse à la palpation et très dure.

Caractères histologiques :

Tissu osseux complet en une lamelle circulaire autour d'une médullaire adipeuse.

Place nosologique :

Dans la classification de B. DUPERRAT, ce cas entre dans le groupe des ostéomatoses de l'adulte mais dans notre cas :

- la dispersion est plus grande sur le tronc et les membres,
- les ostéomes sont plus petits, micro-papuleux et douloureux à la palpation
- enfin, ils sont groupés et resserrés dans des zones limitées.

Discussion pathogénique :

- C'est une ostéomatose acquise tardivement de l'adulte.
- Elle ne s'accompagne d'aucune dermatose chronique en particulier d'aucune lésion de sclérodermie : c'est une "ostéomatose primitive".
- Mais elle semble liée à des altérations histologiques spéciales du conjonctif dermique :
 - . élastose sénile intense et profonde,
 - . sclérose annulaire dense siégeant autour de tous les follicules sur toute leur hauteur. Cette péri-folliculite scléreuse est peut-être à l'origine de la métaplasie osseuse du conjonctif dermique.

Vu, le Président de Thèse : Vu, le Doyen de la Faculté :

R. DEGOS

M. CORDIER

Vu, et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ANDREWS G. C.

Diseases of the skin
Ed. 2 Philadelphia W. SAUNDERS 1938-707.

ARTZ

Ostéosis cutis multiplex
Arch. für Derm. 1926 - 102 - 396

ARTZ et ZIELER

Die Haut Krankheit
1935 - 2 - 1028

ASKANY

Cité par STRASBERG

BARAN

Un ostéo naevus de Nanté aux caractères inusités
Bull. Soc. Fr. Derm. - janv. 1960 - 67 - 109-110

BECKER S.

Ostéosis cutis
Arch. of Derm. - aug. 1924 - 10 - 162-172

BOERHAVE

Cité par WILCKENS

CANNON A.

Multiple ostéoma
Arch. of Derm. - fév. 1946 - 53 - 208

CARL W.

Arch. für Derm.
1910 - 100 - 183

CARNEY R. and RADCLIFFE C.

Multiple miliary osteomas of the skin
Arch. of Derm. oct. 1951 - 64 - 486.

COLEMAN W.

Osteosis of the skin of the foot.
J. Cut. Dis. 1894 - 12 - 185 à 194.

COMBES F. and VANINA A.

Osteosis cutis
Arch. of Derm. may 1954 - 69 - 613-614.

CONDITT B.

Ueber subcutane Knochennenbildungen
Imang disert. Königsberg Jacoby 1901 - p. 24

CORNIL et RANVIER

Manuel d'histologie pathologique
Paris - G. BAILLIERE 1884 - p. 270

COSTELLO M.

Letaplasia of bone. Report of a case.
Arch. of Derm. 1947 - 56 - 536

DIETRICH

Osteomatosis cutis
Arch. of Derm. 1940 - 41 - 562-567

DONALDSON E. and SUMMERLY R.

Primary osteoma cutis and diaphysal aclasis
Arch. of Derm. fév. 1962 - 85 - 261-265.

DUPERRAT B. et MONFORT

Osteo naevus de Nanta.
Bull. soc. fr. Derm. et Syph. Juil. 1958 - 65 - 514-516

DUPERRAT B. et Mme STEPHAN

Osteomatose du nourrisson.
Bull. soc. fr. Derm. et Syph. nov. 1959 - 66 - 664-665

DUPERRAT B.

Osteomes cutanés. Etude basée sur 24 cas personnels.
Ann. Derm. Syph. janv.-fév. 1961 - 88 11-31.

GASNER W.

Primary osteoma cutis
Arch. of Derm. janv. 1954 - 69 - 101-103

GOUGEROT H. et COUMEL

Osteomes dermiques chez un blessé
Sem. Hôp. Paris - 15 fév. 1941 - p. 83-91

HARMEL ROURNEUR

Osteome sous naevique
Bull. Soc. Fr. Derm. août 1957 - 4 - 465

HEIDONGSFELD L. M.

Osteoma cutis
Arch. für Derm. 1908 - 92 - 337-342

HOPKINS J.

Multiple miliary osteoma of the skin
Arch. of Derm. Nov; 1928 - 18 706-715

KLEBS E.

Handbuch der pathologischen Anatomie
Berlin Hirschwald 1869

LAUGIER P. et LENYS R.

Osteome d'apparition spontanée tardive
Bull. Soc. Fr. Derm. nov. 1961 - 68 - 960-961

LEIDER M.

Osteoma cutis. Report of a case
Arch. of Derm. 1948 -58 - 168

LEIDER M.

Arch. of Derm. 1950 - 61 - 329.

LEIDER M.

Osteoma cutis as a result of severe acne vulgaris of long
duration
Arch. of Derm. 1950 - 62 - 405-407.

LEIDER M.

Osteoma cutis
Arch. of Derm. 1950 - 62 - 472

LEIDER M.

Arch. of Derm. 1951 - 63 - 652

LILGA et BURNS

Osteomatosis cutis : report of a case
Arch. of Derm. 1942 - 46 - 872

Mme MAUDUY

Thèse Paris 1958

MELTZER L.

Heterotopic bone in a pigmented nevus.
Arch. of Derm. 1950 - 62 - 696

MEYER H.

Zur Lehre von der pathologischen vertenöcherungen Zeitsch.
für Med. 1851

NANTA

Sur l'osteo naevus.
Ann. Derm. et Syph. 1911 p. 562

NICHOLSON G.

The formation of bone in calcified epithelioma of the skin
with some remarks on metaplasia.
J. Path. Bact. 1917 - 21 - 287-304.

ORSMBY O. and MONTGOMERY H.

Diseases of the skin
Ed. 6 Philadelphia 1943 - p. 1205

OTTO

Cité par STRASBERG

PARKES WEBER F.

Further rare diseases and debatable subjects
Ed. 1 London staples press 1949 p. 131

PETERSON W. and MANDEL S.

PETERSON W. and MANDEL S.

Primary osteomas of skin
Arch. of Derm. mai 1963 - 87 - 626-632

PIRILA P.

Genine cutaneous osteomas : case report.
Acta Derm. Ven. 1941 - 22 - 360

POLLITZER S.

Ossification in a case of sclerodermia
J. Cut. Dis. 1918 - 36 - 271-279

PUSEY W.

The principle and practice of dermatology
D. Appleton and Co 1917 p. 1016

RIORDAN T.

Multiple osteomas of the skin of the face
AMA Arch. of Derm. 1952 - 66 - 757

ROKITANSKY C.

A manual of pathological anatomy
London Sydenham soc. 1852 p. 92

ROSSMAN R. et FREEMAN R.

Osteoma cutis a stage of preosseous calcification
Arch. Janv. 1964 - 89 - 68-73.

SALZER F.

Zur casuistik des Geschwulste an Koffe osteoma cutis.
Arch. klein Chir. 1886 - 33 - 148-151.

SCHAFFER J.

Ueber einen Befund von Knochengewebe under Koffe
Hautbe in Menschen.
B. für Allg. 1907 - 18 - 721-725.

SCOTT E. and TEMPLE W.

Osteoma cutis
Am. J. Dis. Child. 1949 - 77 - 758-762

SHERT

Ueber Knochenbildung in der Haut Virchovs.
Arch. für Path. Anat. 1910 - 200 - 395-398

SLARE

Cité par WILCKENS

STENHOUSE E.

Osteoma cutis

Arch. of Derm. 1956 - 73 - 605-606

STRASBERG M.

Ueber heterotopic Knochenbildungen in der Haut Virchovs

Arch. für Path. Anat. 1911 - 203 - 131-157.

SUTTON R.

Diseases of the skin.

St Louis the c. v. Mosby 1921 - 606

TAYLOR S. and MAC KENNA R.

Osteoma cutis.

J. Cut. Dis. 1908 - 26 - 446

THOMPSON C.

Primary osteoma cutis. Report of a case simulating verruca plantaris.

Arch. of Derm. 1956 - 74 - 204-205.

THORN

Ueber das verkalte Epitheliom.

Arch. für Klin. Chir. 1898 - 56 - 781

TLJDENS E. et RUITER M.

Osteosis cutis

Acta Derm. Vener. 1949 - 29 - 140-153

TRIMBLE W.

Osseous formation in lupus erythematosus

Arch. of Derm. 1920 I 140-153

UNNA P.

The histopathology of the diseases of the skin

Walker trad. Edimbourg clay 1896 - p. 861.

VERO F., MACHACEK G. and BARTLETT F.

Disseminated congenital osteomas of the skin subsequent developpement of myositis ossificans

JAMA 1945-129 - 728.

VIRCHOW R.

Die krankhaften Geschwülste.
Berlin Hirschwald 1864 vol. 2 p. 103

WELLS H.

Calcification and ossification
Arch. int. med. 1911 - 7 - 72

WILCKENS M.

Ueber die Verknocherung und Verkalkung der haut. Inaugural
Abhandlung Gottingen
w. f. Kaestner 1858 p. 6

WILKINS

Cité par Hopkins.

o O o

